



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Geschichten aus der Klinik: die Produktion wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Psychochirurgie

Meier, Marietta

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-104110>

Book Section

Published Version

Originally published at:

Meier, Marietta (2014). Geschichten aus der Klinik: die Produktion wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Psychochirurgie. In: Düwell, Susanne; Pethes, Nicolas. Fall - Fallgeschichte - Fallstudie: Theorie und Geschichte einer Wissensform. Frankfurt a.M.: Campus, 60-81.

Geschichten aus der Klinik

Marietta Meier

Die Produktion wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Psychochirurgie der Nachkriegszeit

Im September 1948 hielt der international bekannte Schweizer Psychiater Max Müller auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie einen Vortrag über die Leukotomie, eine Hirnoperation zur Therapie psychischer Störungen, bei der Verbindungen zwischen Frontalhirn und Thalamus durchtrennt wurden. Am Morgen nach seinem Referat traf Müller beim Frühstück zufälligerweise Kurt Schneider, den Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik in München, und sprach mit ihm über den Vortrag. Wie Müller in seiner 1982 publizierten Autobiographie schreibt, beendetete Schneider die Unterhaltung schließlich »mit einer leicht abschätzigen Handbewegung und dem apodiktischen Satz«, die Leukotomie sei »nichts für die Klinik«, sie sei »Anstaltssache«. In Schneiders Augen konnten sich also nur Anstalten, in denen »unheilbare« Patienten hospitalisiert waren, für die Leukotomie interessieren, nicht aber Universitätskliniken, die »frische« Fälle behandelten und Forschung betrieben. Müller kommentiert diese Stellungnahme in seinen *Erinnerungen* mit deutlicher Empörung:

»Damit wurde ein ganzer Problembereich in die unteren Regionen verwiesen, augenscheinlich nur deshalb, weil es sich um eine pragmatische und scheinbar therapeutische Angelegenheit handelte, ohne Einsicht dafür, dass außerdem ein Experiment durchgeführt wurde, das gerade für den mehr organisch Eingestellten eine Fülle wissenschaftlicher Fragen, z.B. über die Funktion des Stirnhirns und des Thalamus aufwarf, deren Bearbeitung unbedingt in die Kompetenz einer Klinik fiel.«¹

¹ Max Müller, *Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte 1920–1960*, Berlin/Heidelberg/New York 1982, S. 383.

Müllers Ansicht, die Leukotomie sei auch in den »oberen Regionen« der Wissenschaft von Interesse, stellte keine Ausnahme dar. Ende der 1940er, Anfang der 1950er Jahre wurden in den USA und in Europa Hunderte von Studien publiziert, die versuchten, aus den Ergebnissen eines Verfahrens, das in erster Linie auf empirischen Erfahrungen beruhte, wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen. Die Autoren hofften zum einen, grundlegende theoretische Fragen wie den Wirkungsmechanismus des Eingriffs zu erklären und damit einen Beitrag zur Hirnforschung zu leisten, zum anderen verfolgten sie das Ziel, bessere Operationsmethoden zu entwickeln und die Indikationsstellung zu präzisieren. Die Forschungsbeiträge kamen aus den verschiedensten Disziplinen, der weitaus größte Teil der Studien stammte jedoch aus der klinischen Psychiatrie und beruhte auf Fallgeschichten.

Fallgeschichten spielten in der Medizin über Jahrhunderte hinweg eine zentrale Rolle. Bereits die Hippokratische Medizin verwendete Fallgeschichten, die das Schicksal und die Krankheit einer Person darstellten. Seit der Entstehung des »klinischen Blicks« am Ende des 18. Jahrhunderts² standen die Symptome und deren Zuordnung zu einer bestimmten Krankheit im Zentrum von Falldarstellungen. Um 1850 begann sich schließlich die Technik der Fallbeschreibung in der klinischen Medizin als Lehrbuchwissen zu etablieren.³ Die Psychiatrie arbeitete von Beginn an viel mit Fallgeschichten. Hier wurde der überwiegende Teil wissenschaftlicher Tatsachen bis weit ins 20. Jahrhundert hinein auf der Basis von Falldarstellungen produziert. Kasuistische Beiträge zur Leukotomie stellen ein typisches Beispiel für die psychiatrische Forschung der ersten beiden Drittel des 20. Jahrhunderts dar; in Studien zu anderen Therapien ging man

² Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, 5. Aufl., Frankfurt/M. 1999 (franz. Originalausgabe 1961).

³ Zur (Geschichte der) medizinischen Fallgeschichte gibt es bereits zahlreiche Beiträge. Siehe zum Beispiel Rudolf Behrens/Carsten Zelle (Hg.), *Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung*, Wiesbaden 2012; Volker Hess/Andrew J. Mendelsohn, »Case and Series. Medical Recording and Paper Technology«, 1600–1900, in: *History of Science* 48 (2010), S. 287–314; Christa Putz, »Narrative Heterogenität und dominante Darstellungsweise. Zur Produktion von Fallnarrativen in der deutschsprachigen Sexualmedizin und Psychoanalyse, 1890 bis 1930«, in: Sibylle Brändli/Barbara Lüthi/Gregor Spuhler (Hg.), *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Frankfurt/M. 2009, S. 92–117; Kathryn Hunter, *Doctor's Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton 1991. Vgl. auch den Aufsatz von Volker Hess in diesem Band.

ähnlich vor wie in Arbeiten über die Leukotomie.⁴ Der vorliegende Aufsatz untersucht deshalb am Beispiel der Leukotomie, auf welche Weise in der Psychiatrie kasuistische Studien entstanden, wie also Ärzte Aufzeichnungen aus Krankengeschichten, die sehr heterogene Einträge zu einem Patienten enthalten, zu Fallgeschichten zusammenfügten und aus diesen wissenschaftliche Schlussfolgerungen zogen.⁵

Unter Krankengeschichten verstehe ich im Folgenden denjenigen Teil einer Krankenakte, in dem fortlaufend Informationen zu einem bestimmten Patienten, dessen Gesundheitszustand, Untersuchungen, Diagnosen und Therapien festgehalten werden. Krankengeschichten bestehen somit aus sehr unterschiedlichen Notizen, aus Textfragmenten, die meist von verschiedenen Ärzten und über einen längeren Zeitraum hinweg vorgenommen werden. Sie sollen eine möglichst reibungslose, kontinuierliche Arbeit und Betreuung in der Klinik gewährleisten, erfüllen also eine Gedächtnisfunktion, dienen bei Bedarf als Material für wissenschaftliche Studien und werden auch benützt, wenn man andere Instanzen über Patienten informieren sowie Rechenschaft über deren Untersuchung und Behandlung ablegen muss.

Fallgeschichten oder Falldarstellungen sind zwar ebenfalls Texte, die einen spezifischen Patienten, dessen Krankheits- und Therapieverlauf beschreiben, stammen aber in der Regel aus der Feder eines einzelnen Autors und sind weit kürzer und homogener als Krankengeschichten. Sie betrachten einen Fall aus der Retrospektive und stellen die Geschehnisse nicht isoliert, sondern in ihrer wechselseitigen Bedingtheit dar, enthalten demnach einen Plot. Fallgeschichten sollen über den Einzelfall hinauswei-

4 Vgl. zum Beispiel Manfred Bleuler, »Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941–1950«, in: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 19 (1951), S. 385–452, hier S. 416–420. Die fünf Seiten geben einen Überblick über die Studien zu Schocktherapien, die in den 1940er Jahren publiziert wurden.

5 Dieser Beitrag entstand im Zusammenhang mit meiner Studie »Der affektive Stachel. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Schweiz im transnationalen Kontext«, die 2012 von der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich als Habilitationsschrift angenommen wurde. Die Einsicht in die Krankenakten erforderte eine Bewilligung der Eidgenössischen Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung, der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie der klinischen Direktion der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Klinik Rheinau. Die im Folgenden zur Sprache kommenden Fälle sind anonymisiert. Die angeführten Namen und Initialen von Patienten stammen alle aus den analysierten zeitgenössischen Publikationen.

sen, sie werden nicht in der klinischen Praxis, sondern in Lehre und Forschung verwendet und meistens auch publiziert.

Geschichten über Leukotomiefälle beruhen somit auf empirischen, in Krankengeschichten festgehaltenen Beobachtungen, sind jedoch gleichzeitig eine mediale und narrative Konstruktion, auf deren Grundlage man wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen suchte. In kasuistischen Studien zur Leukotomie wurde also – so meine These – Wissen transformiert: Einerseits versuchte man aus ungeordneten Wissensfragmenten explizites und kohärentes wissenschaftliches Wissen über Leukotomiefälle herzustellen, andererseits sollte singuläres Wissen, Wissen über einen Einzelfall in allgemein gültiges Wissen über die Leukotomie, die Pathologie psychischer Störungen und das Gehirn umgewandelt werden.

Die Leukotomie: Therapie und Forschungsobjekt

Die präfrontale Leukotomie, oft auch Lobotomie genannt, wurde 1935 in Portugal entwickelt. Sie stieß zunächst weitgehend auf Ablehnung, wurde dann aber von zwei Amerikanern aufgenommen, die das Verfahren modifizierten und in ihrer ersten, 1942 publizierten Monografie die These aufstellten, die Leukotomie reduziere die hohe »affektive Spannung« psychisch Kranker.⁶ Diese These, die nicht das Wirkungsprinzip, sondern die Wirkung des Eingriffs erklärte, erregte in der Fachwelt großes Interesse. Die Methode fand immer mehr Anhänger und wurde Ende des Zweiten Weltkriegs in zahlreichen Ländern eingeführt. Die Zahl der Operationen stieg nach 1945 schnell an, erreichte um 1950 einen Höhepunkt und ging danach wieder stark zurück. In den 1960er Jahren wurden kaum noch Eingriffe durchgeführt. Um 1970 kam die Ära der Leukotomie, in der Schätzungen zufolge weltweit etwa 70.000 Personen operiert wurden,⁷ endgültig zum Abschluss.

6 Walter Freeman/James W. Watts, *Psychosurgery. Intelligence, Emotion and Social Behavior Following Prefrontal Lobotomy for Mental Disorders*, Springfield, Baltimore 1942.

7 Nach zeitgenössischen Schätzungen wurden bis Mitte der 1950er Jahre in den USA etwa 50.000 und in England etwa 10.000 Eingriffe durchgeführt. Lothar B. Kalinowsky, »Die neuere Entwicklung in der amerikanischen Psychiatrie einschließlich der Psychochirurgie«, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 80 (1955), S. 671–675, hier S. 673. Späteren Schätzungen zufolge wurden bis Anfang der 1950er Jahre etwa 50.000, bis 1978 etwa 70.000 Eingriffe durchgeführt. Die Zahl der Eingriffe, die zwischen 1970 und 1978 er-

Die Leukotomie wurde und wird oft mit den so genannt »großen« körperlichen Kuren in Verbindung gebracht, die ab den 1920er Jahren in die Psychiatrie eingeführt wurden: Malaria- und Schlafkuren sowie Schocktherapien wie Insulin-, Cardiazol- und Elektroschockkuren, die alle den Körper ins Zentrum der Behandlung von Geisteskranken stellten. Trotz dieser Parallele hatte die Leukotomie unter den psychiatrischen Therapien stets eine Sonderstellung. Das Behandlungsverfahren galt als besonders riskant und einschneidend, weil es »gesundes« Hirngewebe zerstörte, eine relativ hohe Sterberate aufwies, direkt in die Persönlichkeit der Patienten eingriff, diese veränderte und auch schwere körperliche Nebenwirkungen haben konnte. Die Leukotomie war deshalb von Beginn an umstritten, etablierte sich jedoch nach 1945 als Verfahren, das psychisch Kranke von schwerwiegenden Symptomen befreien und auf diese Weise »sozial heilen« oder zumindest »sozial bessern« konnte.

Neben der Standardmethode wurden im Laufe der Zeit zahlreiche weitere psychochirurgische Behandlungsverfahren entwickelt, die psychisches Erleben und Verhalten beeinflussen sollten. Im Gegensatz zu Operationen, bei denen sich eine Erkrankung oder Verletzung des Hirns eruieren ließ, erfolgten diese Eingriffe, ohne dass man die Symptome auf eine nachweisbare Veränderung des Gehirns zurückführen konnte. Da sie weit genauere und selektivere Läsionen zur Folge hatten als Hirnverletzungen oder Hirnerkrankungen, schienen sie aus wissenschaftlicher Perspektive äußerst vielversprechend. Darüber hinaus bot die Psychochirurgie zum ersten Mal die Gelegenheit, bei einer großen Zahl von Menschen die physischen und psychischen Veränderungen zu untersuchen, die sich nach einer vergleichsweise präzisen Hirnläsion feststellen ließen. Vertreter verschiedener Disziplinen setzten sich deshalb zum Ziel, die anatomischen, physiologischen und psychologischen Zusammenhänge der Operation zu erklären sowie neue Einsichten in die Pathologie psychischer Krankheiten zu gewinnen.

Der größte Teil der international rezipierten Forschung zur Psychochirurgie stammt aus dem angelsächsischen Raum. Ab Ende der 1940er Jahre

folgte, ist bei diesen Schätzungen vernachlässigbar. John Kleinig, *Ethical Issues in Psychosurgery*, London/Boston/Sidney 1985, S. 7. Die Angaben sind meiner Ansicht nach zu niedrig, weil sie nur auf zeitgenössischen Publikationen beruhen. Wie sich am Beispiel der Schweiz zeigen lässt, liegen jedoch bei weitem nicht aus allen Ländern, die Hirnoperationen an psychisch Kranken durchführten, Publikationen oder Rechenschaftsberichte vor, welche die Zahl der durchgeführten Eingriffe wiedergeben.

wurden jedoch auch in Kontinentaleuropa immer mehr Beiträge publiziert. Im Gegensatz zu England und den USA, wo viel mehr psychochirurgische Eingriffe erfolgten und die Forschung über weit umfangreichere Mittel verfügte, konnten hier allerdings keine großen, statistisch aufwändigen, katamnästischen⁸ und vergleichenden Studien durchgeführt werden. Die kontinentaleuropäischen Forschungsbeiträge waren deshalb in erster Linie klinisch und am Fall orientiert.⁹

Studien zur Psychochirurgie unterscheiden sich zwar in ihrer Fragestellung und ihrer Größenordnung, enthalten aber fast immer Fallgeschichten. Die Ärzte machten sich Falldarstellungen auf zwei Weisen zunutze: Entweder präsentierten sie zunächst die Fallgeschichten und kamen anschließend auf dieser Basis zu einem Urteil, oder sie benutzten die Fallgeschichten als Beispiele, die ihre Schlussfolgerungen illustrieren und belegen sollten. In den Publikationen wird stets eine Sammlung von Fällen vorgelegt, die Fallgeschichten sind in der Regel sehr kurz; offenbar wollte man einen Fall nicht möglichst detailliert ausbreiten wie etwa in der Sexualpathologie,¹⁰ sondern einen Überblick über die Anamnese und Katamnese einer ganzen Reihe von Leukotomiefällen geben.

Was für jede Fallgeschichte gilt, fällt somit bei psychochirurgischen Fallgeschichten besonders ins Gewicht: sie reduzieren und vereinfachen. Solche Prozesse sind repressiv, aber auch produktiv. Interessanter und gewinnbringender als Vereinfachungen zu kritisieren, scheint es mir deshalb, Komplexität und Einfachheit nicht notwendigerweise als Gegensätze zu sehen und stattdessen zu fragen, was in der Praxis mit Komplexität geschieht.¹¹ Im Folgenden rekonstruiere ich daher am Beispiel von drei Zürcher Studien, wie Psychiater, die sich mit einem äußerst vielschichtigen Untersuchungsobjekt befassten, klinische Forschung zur Psychochirurgie

⁸ Katamnese: Bericht, der nach der Behandlung eines Patienten erstellt wird und dazu dient, die Wirkung der Behandlung zu dokumentieren und zu überprüfen.

⁹ Vgl. Meinhard Adler/Rolf Saupe, *Psychochirurgie. Zur Frage einer biologischen Therapie psychischer Störungen*, Stuttgart 1979, S. 45.

¹⁰ Beiträge zur Sexualpathologie arbeiten ebenfalls häufig mit Fallgeschichten. Diese unterscheiden sich aber nicht nur in Inhalt, Umfang und Form von psychochirurgischen Fallgeschichten, sondern beruhen auch wesentlich auf den Erzählungen der behandelten Personen. Vgl. zum Beispiel Philippe Weber, *Der Trieb zum Erzählen. Sexualpathologie und Homosexualität, 1852–1915*, Bielefeld 2008; Matt T. Reed, »La manie d'écrire. Psychology, Auto-Observation, and Case-History«, in: *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 20 (2004), S. 265–284.

¹¹ Vgl. Annemarie Mol/John Law, »Complexities. An Introduction«, in: Dies. (Hg.), *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*, London 2002, S. 1–22, hier S. 4–6.

betrieben. Bei diesen drei Arbeiten bot sich die einmalige Gelegenheit, auf die Krankenakten von dreizehn Patientinnen und Patienten zurückzugreifen, die in den Beiträgen vorgestellt werden. Kranken- und Fallgeschichten ließen sich also miteinander vergleichen, was mir ermöglichte herauszuarbeiten, wie kasuistische Schreibweisen zur wissenschaftlichen Erkenntnis- und Beweisfindung eingesetzt wurden.

Die drei Studien stammen aus dem Burghölzli, der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, und stellen typische Beispiele für die klinischen Beiträge zur Psychochirurgie dar, die ab Ende der 1940er Jahre erschienen. Die internationale Bekanntheit des Burghölzlis sowie der Umstand, dass die Leukotomie hier bereits 1946 eingeführt wurde und sich die gleichzeitig einsetzende Forschung schon bald auf eine relativ hohe Zahl von Eingriffen berufen konnte, hatten zudem zur Folge, dass die Zürcher Publikationen weit über die Landesgrenzen hinaus zur Kenntnis genommen wurden und im deutsch- und französischsprachigen Raum Europas auf großes Interesse stießen.

Auf der Suche nach wissenschaftlichen Erkenntnissen: Eine Studie mit neun Fallgeschichten

Die erste der drei Studien erschien 1948 und wurde unter Manfred Bleuler, dem damaligen Direktor des Burghölzlis, verfasst. *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie durch die präfrontale Leukotomie nach Moniz*¹² (vgl. Abbildung 1) behandelt die ersten neun Personen, die in Zürich operiert wurden und den Eingriff überlebten.¹³ Wie die Autorin, Lina Tuor-Winkler, in ihrer Einleitung schreibt, stellte sie sich in ihrer Dissertation die Aufgabe, die neun Leukotomierten »vorurteilslos klinisch durchzuuntersuchen« und ihren Gesundheitszustand nach dem Eingriff weiter zu verfolgen. Die Untersuchung umfasst »eine genaue Erhebung der Familiengeschichte und der Lebens- und Krankengeschichte bis zur Operation«.¹⁴ Da die Ärztin die neun Patientinnen und Patienten nicht kannte, bevor sie mit der Studie

12 Lina Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie durch die präfrontale Leukotomie nach Moniz*, Zürich 1948.

13 Von den ersten zwölf Patientinnen und Patienten, die in Zürich einer Leukotomie unterzogen wurden, starben drei während oder kurz nach der Operation.

14 Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 4.

begann, lässt sich davon ausgehen, dass sie sich für die Anamnesen vor allem auf die Krankenakten stützte. Nach dem Eingriff beobachtete Tuor-Winkler die Patienten neun bis zwölf Monate lang und verfasste anschließend ihre Dissertation, die aus einer kurzen Einleitung, den neun Fallgeschichten und einem Fazit besteht, in dem die Autorin auf vier Seiten Schlussfolgerungen aus den Falldarstellungen zieht.

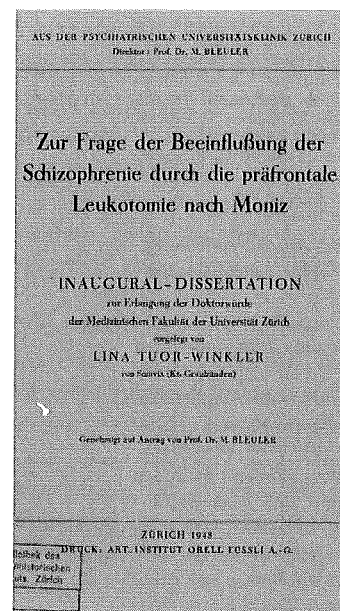


Abbildung 1: Katamnestische Studie über die ersten Leukotomiefälle in Zürich¹⁵

Wie in anderen Studien zur Psychochirurgie werden also die Fallgeschichten auch hier verwendet, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen und Beweise für bestimmte Hypothesen zu erbringen. Tuor-Winkler setzte sich – so die Autorin – zum Ziel, »dem Wesen der Operationserfolge nachzugehen«, weil diese Frage trotz zahlreicher Untersuchungen noch nicht geklärt sei. Sie wollte herausarbeiten, welche Symptome durch Leukotomien positiv beeinflusst werden könnten und ob die durch die Operation gesetzte Hirnläsion psychopathologische Folgen habe.¹⁶

15 Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], Umschlag.

16 Ebd., S. 4f. Drittens untersuchte Tuor-Winkler, welche Formen von Schizophrenie sich durch die Operation beeinflussen ließen.

Fall 6. Peter M., geb. 1912.

Familienanamnese: Vater chronischer Potator, reizbar, jähzornig und gegen die Angehörigen gewalttätig. Mußte seiner Gefährlichkeit wegen 1 Jahr verwahrt werden. Hielt sich dann einige Jahre besser. Tod mit 64 Jahren an einem Magen-Carcinom. Mutter, 64jährig, fleißige Bäuerin, unauffällig. Väterlicher Großvater starb mit 74 Jahren an Altersschwäche, rechtschaffener Bauer, unauffällig. Väterliche Großmutter in höherem Alter an Herzschwäche gestorben, psychisch gesund. Geschwister des Vaters: ein Bruder mit 29 Jahren an Blutvergiftung gestorben, geistig gesund. Der zweite Bruder, 64jährig, chronischer Trinker, reizbar oft brutal, auffällig innerhalb der Norm. Von seinen 3 Kindern starb ein Mädchen mit 14 Jahren an Lungentuberkulose, die beiden anderen sind gesund. Eine Schwester, 69jährig, immer etwas kränklich, psychisch unauffällig. Von ihren 4 Kindern sind 3 gesund, eine Tochter war längere Zeit anstaltsbedürftig (keine Krankengeschichte vorhanden). Die jüngste Schwester, 62jährig, ist körperlich und geistig gesund, ebenso ihre 4 Söhne. Mütterlicher Großvater starb mit 38 Jahren an Pneumonie, geachteter Bauer, psychisch gesund. Mütterliche Großmutter bis ins höhere Alter unauffällig, litt in ihren letzten Lebensjahren an Wahnideen, glaubte, die Familie müsse verhungern, weil sie nicht mehr arbeitsfähig sei. Mit 77 Jahren Tod durch Erhängen. Die beiden Geschwister des Patienten, ein 38jähriger Bruder und eine 21jährige Schwester, sind körperlich und psychisch gesund, ebenso die 2 Kinder des ersten.

Persönliche Anamnese:

Vorgeschichte: Sekundarschule, half dann im elterlichen Bauerngewerbe mit. Schizoid innerhalb der Norm: sehr schüchtern, in sich gekehrt, keine Freunde, galt als rechtschaffener Bursche.

Psychose: Beginn mit 27 Jahren: auffallende Vergeßlichkeit, Gleichgültigkeit und Unzuverlässigkeit. Depressive Zustände. Dann plötzlich akuter Ausbruch der schizophrenen Erkrankung mit Beziehungs- und politischen Wahnideen: glaubte am Kriege schuldig zu sein und dergleichen mehr. Wegen Suizidabsicht ein Jahr später Anstaltseinweisung, seither (1940) ununterbrochen anstaltsbedürftig. Anfänglich deutliche Verschlechterung des Zustandes. Während der ersten zwei Jahre Wechsel zwischen katatonem Stupor und stärksten Erregungszuständen mit lebensgefährlicher Aggressivität. In den letzten 4 Jahren völlig autistisch, meist in einem Isolierraum, unrein, koprophag, häufig katatone Haltungsstereotypien. Nur die Nahrung, die er wie ein Tier verschlingt, wirkt als Reiz, sonst völlig unzugänglich. Wiederholte Insulin-, Elektroschock- und Malariakuren blieben erfolglos.

Leukotomie am 28. Januar 1947.

Postoperativer Verlauf: Schon vom ersten Tag an gutes körperliches Befinden, Patient verlangte nach Essen, hatte Heißhunger. War von Anfang an zugänglicher, blieb aber im Gespräch noch deutlich dissoziiert. Macht einen dementen Eindruck. Die anfänglich noch vorhandene Koprophagie verschwand, ebenso seine abnormen Haltungsstereotypien. Affektiv jedoch wenig empfindbar, Mimik und Blick steif und leer, Haltung kataton. Kann auf ruhigerer Abteilung gehalten werden. Kein amnestisches Syndrom.

Abbildung 2: Fallgeschichte von Peter M.¹⁷

Psychochirurgische Fallgeschichten sind stark standardisiert. Sie sind immer gleich aufgebaut und bestehen in allen Studien aus verschiedenen Teilen, die stets ähnliche Titel tragen und meist auch graphisch voneinander abgegrenzt sind. Das Geschehen wird in streng chronologischer Reihenfolge, kurzen, einfachen Satzstrukturen, manchmal gar in Stichworten erzählt. Tuor-Winkler unterscheidet zwischen der »Familienanamnese«, die bei ihr überdurchschnittlich viel Raum einnimmt, der »persönlichen Anamnese«, die die »Vorgeschichte« des Patienten vor dem Ausbruch der Krankheit sowie die eigentliche Krankengeschichte umfaßt, und dem »postoperativen Verlauf«. Fett gedruckt, quasi als Höhepunkt in der Dramaturgie der Fallgeschichte, wird das Datum der Leukotomie angeführt (vgl. Abbildung 2).

Die »Familienanamnese« und die »Vorgeschichte« von Peter M., auf dessen Fallgeschichte ich im Folgenden näher eingehe,¹⁸ enthalten Angaben zum Alter, Zivilstand, Charakter, zur Ausbildung und zum Beruf des Patienten sowie zu den Familienverhältnissen und Krankheiten in der Verwandtschaft. Aufgrund dieser Informationen erfährt man unter anderem, dass Peter M. aus einer Bauernfamilie stammte, nach der obligatorischen Schulzeit auf dem elterlichen Hof mithalf und sein Vater ein »chronischer Potator«, die Mutter hingegen eine »fleißige Bäuerin« war. Aus den Angaben der ersten beiden Abschnitte sollte also auf die »hereditäre Belastung«, die soziale Herkunft und den Bildungsstand des Patienten geschlossen werden, die Hinweise bezwecken nicht, eine Lebensgeschichte zu skizzieren, die sich von anderen Biographien abhebt.¹⁹

Der Abschnitt mit dem Titel »Psychose« setzt mit dem Ausbruch der Krankheit ein und schildert, wie sich der Zustand des Patienten derart verschlechterte, dass eine Hospitalisierung notwendig wurde. Danach wird Peter M.s Verhalten in der Anstalt dargestellt:

»Während der ersten zwei Jahre Wechsel zwischen katatonem Stupor und stärksten Erregungszuständen mit lebensgefährlicher Aggressivität. In den letzten 4 Jahren völlig autistisch, meist in einem Isolierraum, unrein, koprophag, häufig katatone Haltungsstereotypien. Nur die Nahrung, die er wie ein Tier verschlingt, wirkt als

¹⁸ Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 11f.

¹⁹ Nach Gisela Steinlechner stellen solche »Identifizierungsmarken« in medizinischen Fallgeschichten eine rituelle Aufzählung dar, die zeigen soll, dass die beschriebene Person real ist und die Angaben über sie und ihre Familie wahr und von wissenschaftlicher Autorität abgesichert sind: Gisela Steinlechner, *Fallgeschichten. Kraft-Ebing, Panizza, Freud, Tausk*, Wien 1995, S. 23, S. 27.

¹⁷ Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 11f.

Reiz, sonst völlig unzugänglich. Wiederholte Insulin-, Elektroschock- und Malaria-kuren blieben erfolglos.«²⁰

Um den Verlauf der Krankheit zu beschreiben, listet Tuor-Winkler also eine Reihe von Symptomen und Verhaltensweisen sowie deren Folgen auf. Nach der Erwähnung, dass alle Behandlungsversuche erfolglos blieben, folgt unmittelbar, aber auf einer neuen Zeile abgehoben, der Eintrag »Leukotomie am 28. Januar 1947«. Dabei nennt die Autorin weder Gründe für den Eingriff, noch erwägt sie allfällige Alternativen; der Verlauf der Krankheit scheint unausweichlich und schicksalhaft auf die Operation zuzusteuern.

Im Abschnitt »Postoperativer Verlauf« wird festgehalten, dass sich das Verhalten des Patienten in bestimmten Punkten deutlich gebessert habe, während in anderen keine Veränderung festzustellen sei. Peter M. könne nun auf einer »ruhigeren« Abteilung gehalten werden; seine Erinnerungsfähigkeit sei nicht gestört. Ein Vergleich zwischen Fall- und Krankengeschichte ergibt, dass der Abschnitt im Wesentlichen auf dem letzten Eintrag in der Krankengeschichte beruht, den Tuor-Winkler selbst vornahm. Dieser Eintrag fasst das Verhalten des Patienten nach der Leukotomie zusammen und vergleicht es mit demjenigen vor dem Eingriff.²¹ Der Abschnitt zum »postoperativen Verlauf« in der Fallgeschichte ist zwar kürzer als der Eintrag in der Krankengeschichte und enthält auch zusätzliche Informationen,²² eine Gegenüberstellung der beiden Texte zeigt jedoch, dass sich gewisse Passagen nicht nur in inhaltlicher, sondern auch in sprachlicher Hinsicht entsprechen. Tuor-Winkler übernahm die Wendungen aus der Krankengeschichte allerdings nicht wörtlich, sondern nahm Nuancierungen vor, die sich auf der inhaltlichen Ebene auswirkten.

So heißt es in der Krankengeschichte: »Affektiv ist Pt. [Patient] *uneinfühlbar*, seine Mimik sowie sein Blick sind *vollständig leer*. Die Haltung ist

20 Katatonie: Form von Schizophrenie, bei der psychomotorische Störungen – Bewegungsstarre (Stupor) oder starke Erregungszustände – das klinische Bild beherrschen. Koprophagie: Verzehr von Kot.

21 StAZH, Z 100, KA-Nr. 35514, S. 14, Eintrag vom 18.4.1947.

22 So heißt es zum Beispiel in der Krankengeschichte: »Pt. [Patient] beantwortet fast alle die an ihn gestellten Fragen und führt auch spontan das Gespräch weiter: Ein fließendes geordnetes Gespräch kommt jedoch nicht zustande, da Pt. [Patient] zeitweise noch deutliche Zerfahrenheit aufweist.« In der Fallgeschichte wird diese Aussage in einem einzigen Satz zusammengefasst: »War von Anfang an zugänglicher, blieb aber im Gespräch noch deutlich dissoziiert.« StAZH, Z 100, KA-Nr. 35514, S. 14, Eintrag vom 18.4.1947. Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 12.

steif, kataton.« In der Fallgeschichte lautet der entsprechende Satz fast gleich: »Affektiv jedoch *wenig einfühlbar*, Mimik und Blick steif und *leer*, Haltung kataton.«²³ An der einen Stelle wurde also eine Einschränkung hinzugefügt, an der anderen eine Steigerungsform weggelassen, was die Aussagen abschwächt. Weiter fällt auf, dass bestimmte Informationen aus dem Eintrag nicht in die Fallgeschichte Eingang finden. So wird zwar analog zum Vermerk in der Krankengeschichte erwähnt, die Koprophagie des Patienten sei »verschwunden«, nicht aber, dass sich »seine Essmanieren bedeutend« gebessert hätten und dass Peter M. nach wie vor »unrein« sei.

Im letzten Teil der Studie, wo Tuor-Winkler aus allen neun Fallgeschichten Schlussfolgerungen zieht, kommt sie zu dem Ergebnis, die Leukotomie habe sich bei Peter M. positiv ausgewirkt, der »Grad der Psychose« sei – wie die Grafik zu seinem Krankheitsverlauf deutlich signalisiert (vgl. Abbildung 3) – aufgrund des Eingriffs zurückgegangen. Erstens, so die Autorin, sei Peter M. nun »bedeutend weniger gefährlich und gewalttätig als früher«. Die geringe Aggressivität wird also auf die Leukotomie zurückgeführt, obwohl der Patient – wie sowohl in der Kranken- als auch in der Fallgeschichte erwähnt wird – bereits vier Jahre vor dem Eingriff nie mehr tötlich geworden war. Zweitens hebt Tuor-Winkler in ihrem Kommentar alle Faktoren hervor, die für eine Besserung sprechen, und übergeht Aspekte wie die »Unreinheit«, die diese Einschätzung in Frage stellen würden.²⁴

An diesem Punkt tritt nicht nur die Perspektive des Klinikpersonals, sondern auch eine klare Gewichtung zutage. Peter M. war gemäß Studie nach der Leukotomie nicht mehr aggressiv und koprophil. Da der Patient aber seit langem nie mehr gewalttätig geworden war, bestand der eigentliche Erfolg der Operation darin, dass er keinen Kot mehr aß und sein Essverhalten auch in anderer Hinsicht änderte. Der Krankenakte zufolge hatte Peter M. vor dem Eingriff beim Essen schwere Probleme bereitet. So heißt es zum Beispiel in einem Gutachten:

»Der Expl.[orand] bereitet der Pflege grosse Schwierigkeiten. Vor allem zeigt er ausserordentlich antisoziale Essmanieren. Sobald das Essen gereicht wird, stürzt er

23 StAZH, Z 100, KA-Nr. 35514, S. 14, Eintrag vom 18.4.1947. Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 12 (Hervorhebungen: MM).

24 Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 16f. Gemäß den Einträgen, die 1947 in der Krankengeschichte vorgenommen wurden, war der Patient nach der Leukotomie weiterhin »unrein« und »laut«. Die »Unreinheit«, die Tuor-Winkler in ihrem letzten Eintrag konstatierte, hielt also an.

sich auf dasselbe und verzehrt tierisch mit den Händen die dargereichten Speisen. Er muss auch während der Mahlzeiten immer wieder von den übrigen Kranken in ein Einzelzimmer isoliert werden, da er den Trieb hat, auch andern Patienten beständig mit den Händen in die Teller zu greifen.«²⁵

Verlauf der Schizophrenie bei den beobachteten Kranken

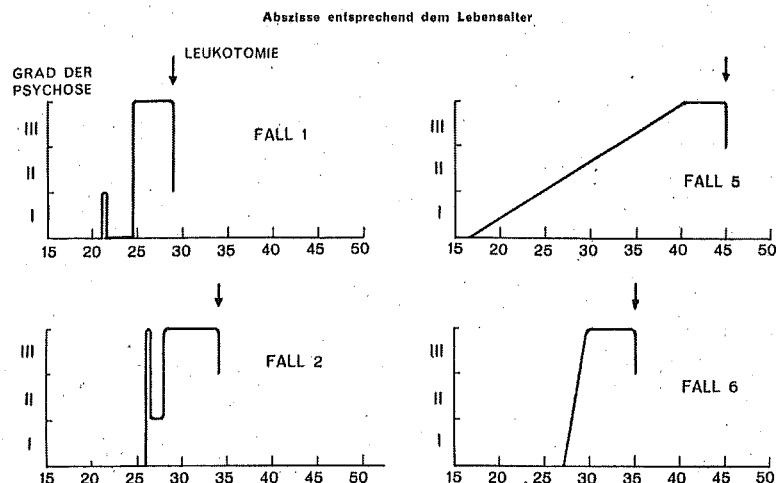


Abbildung 3: Grafik zu Peter M.s Krankheitsverlauf (Fall 6)²⁶

In der Fallgeschichte wird nicht erwähnt, dass das Essverhalten des Patienten eine große Belastung für seine Umgebung darstellte. Trotzdem spielt die Nahrungsaufnahme eine wichtige Rolle. Wie viele psychochirurgische Fallgeschichten besteht die Falldarstellung von Peter M. aus Stichworten; es gibt kaum Sätze, die Subjekt und Prädikat enthalten. Obwohl die Ge-

schichte – wie der Titel besagt – von »Peter M.« handelt, verwendet Tuor-Winkler weder seinen Namen noch ein Personalpronomen, das auf ihn verwies. Abgesehen von der Familienanamnese, wo einmal von den »Geschwister[n] des Patienten« die Rede ist, gibt es nur zwei Stellen, an denen Peter M. sprachlich explizit in Erscheinung tritt. Diese beiden Sätze handeln vom Essen (vgl. Abbildung 4). So heißt es in der »Anamnese«: »Nur die Nahrung, die er wie ein Tier verschlingt, wirkt als Reiz, [...]« Und unter der Rubrik »Postoperativer Verlauf« steht: »Patient verlangte nach Essen, hatte Heißhunger.«²⁷ Dieses sprachliche Indiz verweist auf den hohen Stellenwert der Aussagen. Die Veränderung des Essverhaltens bedeutete in den Augen der Ärzte und des Pflegepersonals wohl einen so großen Erfolg, dass die »Nebeneffekte« des Eingriffs und unerwünschte Verhaltensweisen, die weiterhin anhielten, nebensächlich und vernachlässigbar erschienen und Tuor-Winkler zum Ergebnis kam, der Grad der Psychose habe sich eindeutig vermindert.

Bei sieben anderen Patienten zog Tuor-Winkler ebenfalls den Schluss, die Leukotomie habe sich positiv ausgewirkt. Nur in einem Fall habe sich »keine sichtbare Veränderung im Zustandsbild« ergeben.²⁸ Ein Vergleich zwischen den Kranken- und den Fallgeschichten aller neun untersuchten Patientinnen und Patienten zeigt, dass die Ärztin bei der Konstruktion der Falldarstellungen immer gleich vorging.²⁹ Die Fallgeschichten wurden also auch deshalb zu Erfolgsgeschichten, weil Tuor-Winkler aufgrund ihrer »gerichteten Wahrnehmung«³⁰ spezifische Informationen aus den zahlrei-

27 Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 12 (Hervorhebungen: MM). Dass Leukotomierte häufig einen guten Appetit hatten und deshalb zum Teil stark an Körpergewicht zulegten, wurde in der Regel positiv gedeutet. Vgl. zum Beispiel Freeman/Watts, *Psychosurgery* [wie Anm. 6], S. 29, S. 196.

28 Dieses Resultat weise – so die Ärztin – darauf hin, dass sich die »Konstitution der leukotomiegebesserten« völlig von derjenigen der »schockgeheilten Schizophrenen« unterscheide. Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 9, S. 18f.

29 StAZH, Z 100, KA-Nr. 26210, 35507, 35514, 35665, 36852, 37287, 38483, 38693, 39288. Für einen weiteren ausführlichen Vergleich zwischen Kranken- und Fallgeschichte siehe Marietta Meier, »Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten. Psychochirurgische Studien in den 1940er und 1950er Jahren«, in: Arne Höcker/Jeanne Moser/Philippe Weber (Hg.), *Wissen. Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften*, Bielefeld 2006, S. 103–114.

30 Ludwik Fleck versteht unter »gerichteter Wahrnehmung« die Bereitschaft, dem Denkstil entsprechende Phänomene wahrzunehmen bzw. dem Denkstil widersprechende Phänomene zu übersehen. Ludwik Fleck, »Das Problem einer Theorie des Erkennens«, in:

25 StAZH, Z 100, KA-Nr. 35514, Gutachten der Heilanstalt Burghölzli an die Vormundschaftsbehörde, 28.11.1945. Vgl. zum Beispiel auch folgenden Eintrag in der Krankengeschichte des Patienten: »Auskunft des Pflegers: Im 1. Jahr seines Aufenthaltes bei uns selten isoliert, im 2. Jahr sehr gewalttätig, oft angegurtet deswegen. [...] Greift beim Essen den andern Pat.[ienten] in die Teller, benützt für sich selbst weder Löffel noch Gabel, sondern stopft sich alles mit den Fingern in den Mund, tierisch, sehr unappetitlich. Seit 2 J.[ahren] aber nie mehr gewalttätig. Mit Stuhl und Urin zeitweise unrein. Bei einem Versuch, mit ihm zu sprechen, schweigt er, oft aber laut, kaum dass man sein Zimmer verlässt.« StAZH, Z 100, KA-Nr. 35514, S. 10, Eintrag vom 26.11.1945.

26 Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 21, Auswirkungen der Leukotomie auf den Krankheitsverlauf.

chen, heterogenen Einträgen der Krankengeschichte auswählte, diese neu anordnete, umformulierte und so eine auf Eindeutigkeit angelegte, kurze, zielgerichtete Fallgeschichte verfasste; die nach ganz anderen formalen Kriterien aufgebaut war als die Krankengeschichte. Dabei beruhte die – für die Frage von Erfolg oder Misserfolg zentrale – Darstellung des postoperativen Verlaufs im Wesentlichen auf ausgewählten Elementen der letzten Einträge, die Tuor-Winkler bei einer Lektüre der Krankengeschichte zur Kenntnis nehmen konnte.

Persönliche Anamnese:

Vorgeschichte: Sekundarschule, half dann im elterlichen Bauerngewerbe mit. Schizoid innerhalb der Norm: sehr schüchtern, in sich gekehrt, keine Freunde, galt als rechtschaffener Bursche.

Psychose: Beginn mit 27 Jahren: auffallende Vergeßlichkeit, Gleichgültigkeit und Unzuverlässigkeit. Depressive Zustände. Dann plötzlich akuter Ausbruch der schizophrenen Erkrankung mit Beziehungs- und politischen Wahnideen: glaubte am Kriege schuldig zu sein und dergleichen mehr. Wegen Suizidabsicht ein Jahr später Anstaltseinweisung, seither (1940) ununterbrochen anstaltsbedürftig. Anfänglich deutliche Verschlechterung des Zustandes. Während der ersten zwei Jahre Wechsel zwischen katatonem Stupor und stärksten Erregungszuständen mit lebensgefährlicher Aggressivität. In den letzten 4 Jahren völlig autistisch, meist in einem Isolierraum, unrein, koprophag, häufig katatone Haltungsstereotypien. Nur die Nahrung, die er wie ein Tier verschlingt, wirkt als Reiz, sonst völlig unzugänglich. Wiederholte Insulin-, Elektroschock- und Malariakuren blieben erfolglos.

Leukotomie am 28. Januar 1947.

Postoperativer Verlauf: Schon vom ersten Tag an gutes körperliches Befinden. Patient verlangte nach Essen, hatte Heißhunger. War von Anfang an zugänglicher, blieb aber im Gespräch noch deutlich dissoziiert. Macht einen dementen Eindruck. Die anfänglich noch vorhandene Koprophagie verschwand, ebenso seine abnormen Haltungsstereotypien. Affektiv jedoch wenig empfindbar, Mimik und Blick steif und leer, Haltung kataton. Kann auf ruhigerer Abteilung gehalten werden. Kein amnestisches Syndrom.

Abbildung 4: Aussagen über das Essverhalten des Patienten³¹

Ders., *Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze*. Mit einer Einleitung, hg. v. Lothar Schäfer und Thomas Schnelle, Frankfurt/M. 1983, S. 84–127, hier S. 112.

31 Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie* [wie Anm. 12], S. 12, Ausschnitt aus der Fallgeschichte von Peter M. (Hervorhebungen: M. M.).

Illustration wissenschaftlicher Erkenntnisse: Zwei weitere Studien mit Fallgeschichten

Im Gegensatz zu Tuor-Winkler kannten Gion Condrau und Max Klingler, die Autoren der anderen vier analysierten Fallgeschichten, die darin vorgestellten Patienten nicht persönlich; sie mussten sich mit den Informationen begnügen, die sie in den Krankengeschichten vorfanden. Condrau, ein Assistenzarzt des Burghölzli, übernahm 1949 die Aufgabe, in seiner Dissertation sämtliche Fälle zu untersuchen, die bis zu diesem Zeitpunkt in der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsspitals Zürich leukotomiert worden waren.³² Obwohl die Arbeit einen Überblick über die Ergebnisse von 119 Eingriffen bietet, werden auch einzelne Fälle dargestellt. Die acht präsentierten Fallgeschichten handeln von einem Mann, der zwei Monate nach dem Eingriff starb,³³ sowie von sieben Personen mit Diagnosen, die bei Leukotomiepatienten relativ selten vorkamen. Condrau verfolgte mit der Darstellung dieser Fälle andere Ziele als Tuor-Winkler. Es ging ihm nicht darum, empirische Daten festzuhalten, aus denen induktiv Erkenntnisse gewonnen werden sollten, zumal es sich – so der Autor – »im wesentlichen um Einzelfälle« handelte, bei denen sich »keine schlüssigen Folgerungen« ziehen ließen.³⁴ Stattdessen diente ihm die Präsentation der Fälle dazu, deren Status als Sonderfälle zu illustrieren.

Wie Condraus und Tuor-Winklers Studien zeigen, wurden Fallgeschichten in wissenschaftlichen Beiträgen zur Psychochirurgie also auf zwei verschiedene, miteinander kombinierbare Arten verwendet. Während sie in den einen Arbeiten »die empirische Grundlage für theoretische Generalisierungsversuche« bildeten,³⁵ erfüllten sie in Beiträgen, die den Forschungsstand oder Forschungsergebnisse präsentierten, vor allem rhetorisch-

32 Gion Condrau, »Die präfrontale Leukotomie«, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 80 (1950), S. 783–792.

33 Von den 119 untersuchten Patienten starben sechs im Anschluss an die Operation oder kurze Zeit danach. Condrau, *Die präfrontale Leukotomie* [wie Anm. 32], S. 786.

34 Ebd., S. 786, S. 788–792.

35 Vgl. Stefan Willer/Jens Ruchatz/Nicolas Pethes, »Zur Systematik des Beispiels«, in: Jens Ruchatz/Stefan Willer/Nicolas Pethes (Hg.), *Das Beispiel. Epistemologie des Exemplarischen*, Berlin 2007, S. 7–59, hier S. 9; Johannes Süßmann, »Einleitung. Perspektiven der Fallstudienforschung«, in: Johannes Süßmann/Susanne Scholz/Gisela Engel (Hg.), *Fallstudien. Theorie – Geschichte – Methode*, Berlin 2007, S. 7–27, hier S. 21f.; Jürgen Fohrmann, »Einleitung«, in: Jörg Schönert (Hg.), *Literaturwissenschaft und Wissenschaftsforschung*, Stuttgart 2000, S. 129–124, hier S. 130.

didaktische Funktionen. Aber auch hier sollten die Falldarstellungen über sich selbst hinausweisen und auf diesem Weg Erkenntnisse produzieren.

In der Fallgeschichte von S.A. beschreibt Condrau zunächst kurz dessen Schicksal. Der Patient, dessen Diagnose auf »Imbecillität mit Tendenz zur Selbstbeschädigung« lautete, habe schon als Kind Probleme bereitet, eine »Anstalt für Schwachsinnige« besucht und danach als Knecht in Landwirtschaftsbetrieben gearbeitet. Mit 20 Jahren habe er über alle möglichen Beschwerden zu klagen begonnen, immer wieder den Arzt aufgesucht und sich wiederholt so schwere Verletzungen zugefügt, dass er mehrmals in psychiatrische Kliniken und Arbeitserziehungsanstalten eingewiesen worden sei. 1948 hätten sich die Psychiater schließlich für eine Leukotomie entschieden. Im Abschnitt »Beurteilung« hält Condrau fest, die Beobachtungszeit sei zwar noch zu kurz, »um eine endgültige Beurteilung zu ermöglichen«, die präfrontale Leukotomie scheine aber »tatsächlich einen gewissen Erfolg, wenigstens unmittelbar post operationem, gezeitigt zu haben«.

In der Krankengeschichte des Patienten finden sich allerdings Einträge, die einer solchen Schlussfolgerung widersprechen. Dort heißt es drei Wochen nach dem Eingriff, der Zustand des Patienten habe sich nach der Leukotomie eher verschlechtert. Condrau erwähnt zwar in der Fallgeschichte, dass S.A. seit dem Eingriff fast nichts mehr arbeite, apathisch und »antriebslos« sei, schwächt aber diese Aussage mit dem Satz »im übrigen geordnet« anschließend gleich wieder ab. Darüber hinaus fügt er an, der Patient sei »wieder an eine Stelle entlassen« worden, lässt jedoch unerwähnt, dass S.A. nicht in den freien Arbeitsmarkt eingegliedert wurde, sondern zu einer Pflegefamilie kam und bis zur Durchführung der Studie bereits wieder zweimal hospitalisiert worden war.³⁶

Derartige Diskrepanzen zwischen Krankenakte und Fallgeschichten lassen sich unter anderem damit erklären, dass Fallgeschichten häufig auf der Basis von Gutachten, Überweisungszeugnissen oder »Résumés« entstanden, in denen die wichtigsten Informationen zur Diagnosestellung, zur bisherigen Entwicklung des Gesundheitszustands und zu den bereits erfolgten Behandlungen eines Patienten zusammengefasst wurden.³⁷ Bei

Beiträgen zur Psychochirurgie erstaunt ein solches Vorgehen umso weniger, als in diesen Studien eine ganze Reihe von Fällen untersucht wurde und die Akten von Leukotomiepatienten oft sehr umfangreich sind. Wie eine Analyse zweier weiterer Beispiele zeigt, suchte Condrau offenbar im Dossier kurze Texte, anhand derer er sich einen Überblick über den Fall verschaffen konnte, ohne die ganze Krankengeschichte lesen zu müssen. Seine Fallgeschichten beruhen also auf Berichten, die verfasst worden waren, weil man die Patienten in eine andere Klinik überwies, ein Gutachten verfasst oder aus formalen, diagnostischen oder therapeutischen Gründen eine Neu Beurteilung des Falls vorgenommen hatte.

Im Gegensatz zu den Dossiers der bisher erwähnten Patienten umfasst die Krankenakte von Marie R. nur wenige Seiten. Die Patientin war 1947 im Alter von zwölf Jahren in Zürich leukotomiert worden und hatte danach neun Monate im Burghölzli verbracht. 1950 publizierten Gion Condrau und Max Klingler in der *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* einen Beitrag über *Präfrontale Leukotomie bei erethischer Idiotie*, in dem sie die Fallgeschichten von sechs Kindern, darunter Marie R., präsentierten. Die beiden Ärzte stellen in ihrem Aufsatz gleich zu Beginn Forschungsberichte in Frage, in denen behauptet wird, psychochirurgische Eingriffe könnten die Erregungszustände bei »erethischem Schwachsinn« mildern. Anschließend führen sie die Falldarstellungen an, die ihre These untermauern sollen, dass die Leukotomie bei dieser Diagnose »zu keinen Hoffnungen Anlass« gebe.³⁸ Ein Vergleich zwischen der Kranken- und der Fallgeschichte von Marie R. zeigt, dass hier einzelne Passagen aus der Krankengeschichte wörtlich übernommen und in der Fallgeschichte neu arrangiert wurden. Um die Zeit vor dem Eingriff darzustellen, verwendeten die Autoren auch Stellen aus Einträgen in der Krankengeschichte, die erst nach der Operation vorgenommen worden waren, und umgekehrt. Sie setzten sich bei der Konstruktion der Fallgeschichte also über die Reihenfolge der Einträge in der Krankengeschichte hinweg, erzählten den Fall aber in scheinbar streng chronologischer Ordnung und grenzten – wie bei psycho-

sofort ins Auge fallen, weil sie sich formal klar von anderen Einträgen abheben, boten gerade bei umfangreichen Akten die Chance, sich in Kürze über die wichtigsten Punkte zu informieren. Umso entscheidender war deshalb, was im »Résumé« erwähnt und was weggelassen wurde.

38 Gion Condrau/Max Klingler, »Präfrontale Leukotomie bei erethischer Idiotie«, in: *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 16 (1950), S. 133–139. Erethische Idiotie: Diagnose für Personen, die als hochgradig schwachsinig galten und sich in ständiger motorischer Erregung befanden.

36 Condrau, Die präfrontale Leukotomie [wie Anm. 32], S. 790f. StAZH, Z 100, KA-Nr. 31861. Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9702, 9978.

37 »Résumés« wurden immer dann erstellt, wenn Bilanz gezogen werden sollte. Ein Anstaltsarzt konnte aufgrund seines Arbeitspensums kaum das ganze Dossier eines Patienten lesen. Die Zusammenfassungen, die beim Durchblättern einer Krankengeschichte

chirurgischen Falldokumentationen üblich – die Zeit vor und nach dem Eingriff auch graphisch klar voneinander ab.³⁹

Dieses Vorgehen war wohl nur deshalb möglich, weil Condrau und Klingler zu dem Schluss kamen, die Leukotomie habe keine positive Wirkung erzielt. Wären sie der Meinung gewesen, der Zustand der Patientin habe sich infolge des Eingriffs gebessert, hätten sie die Einträge nach der Leukotomie mit ganz anderen Augen betrachtet. In diesem Fall wären Angaben zum prä- und zum postoperativen Zustand kaum miteinander vermischt worden, hätte ein solches Arrangement doch eine Gleichsetzung der Situation vor und nach dem Eingriff impliziert.

Vergleicht man die untersuchten Fallgeschichten mit den Krankenakten der Patienten, die in den drei Zürcher Beiträgen vorgestellt werden, zeigt sich, dass deren Autoren alle ähnlich vorgehen. Die Analyse der Praktiken, die Condrau, Klingler und Tuor-Winkler anwandten, um auf der Basis von Krankenakten Falldarstellungen zu produzieren und diese zur wissenschaftlichen Erkenntnisfindung oder zur Beweisführung zu verwenden, macht deutlich, dass sie ihre Fallgeschichten aus einer bestimmten Perspektive erzählten. Diese Perspektive bestimmte, welche Fälle vorgestellt und wie sie präsentiert wurden, was in der Fallgeschichte unerwähnt blieb und was zur Sprache kam.

Fazit: Transformation von Wissen in und durch Fallgeschichten

Wie die drei Autoren, deren Studien hier analysiert wurden, beurteilten die meisten zeitgenössischen Ärzte das Resultat psychochirurgischer Eingriffe nicht einfach als gut oder schlecht, sondern verglichen den Zustand der Patienten vor mit demjenigen nach der Operation und zogen dann Bilanz. Erfolg hängt allerdings von den Parametern des Erfolgs ab.⁴⁰ Zu untersuchen war deshalb, wie Psychiater bei der Darstellung und Bewertung eines Falls vorgehen, welche Punkte sie erwähnten, welche sie weglassen und

39 Condrau/Klingler, Präfrontale Leukotomie bei erethischer Idiotie [wie Anm. 38], S. 135. StAZH, Z 100, KA-Nr. 41809.

40 Vgl. Annemarie Mol, »Cutting Surgeons, Walking Patients. Some Complexities Involved in Comparing«, in: Law/Mol, Complexities [wie Anm. 11], S. 218–257, hier S. 218, S. 235f., S. 247f.

auf welche sie besonders Gewicht legten, wie also kasuistische Schreibweisen zur wissenschaftlichen Erkenntnis- und Beweisfindung eingesetzt wurden.

Die Ergebnisse der Analyse lassen sich in vier Thesen zusammenfassen. Erstens erzählen psychochirurgische Fallgeschichten den Lebens- und Krankheitsverlauf der Patienten linear auf die Leukotomie hin. Der Eingriff scheint deshalb folgerichtig und unausweichlich, Alternativen gibt es nicht. Die Ereignisse folgen in der Fallgeschichte nicht nur aufeinander, also in chronologischer Reihenfolge, sondern entwickeln sich auch aus den vorangegangenen Begebenheiten, das heißt die Verbindung der Fakten impliziert eine kausale Beziehung.⁴¹ Der Leser zieht mithin bei der Lektüre der Fallgeschichten den Schluss, dass die Patienten wegen der dargestellten Symptome operiert wurden und eine allfällige Besserung ihres Zustands auf den Eingriff zurückzuführen ist.

Zweitens schwiegen sich die Ärzte in ihren Studien darüber aus, wie sie zu ihrer Darstellung kamen. Im Gegensatz zur Fallgeschichte stellt deren Grundlage, die Krankengeschichte, ein sehr heterogenes Dokument dar. Sie enthält zum Teil widersprüchliche Einträge zahlreicher Personen, die in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen vom Auf und Ab des Zustands eines Patienten berichten, ohne den weiteren Verlauf klar voraussagen zu können. Die Verfasser psychochirurgischer Fallgeschichten wählten deshalb isolierte Phänomene aus der Krankengeschichte aus, die ihnen im Zusammenhang mit ihrem Thema relevant schienen, fügten sie zu einer kohärenten und konsistenten Erzählung zusammen und konstruierten auf diese Weise Leukotomiefälle.

Fallgeschichten waren – drittens – nicht nur ein wichtiges Instrument der psychochirurgischen Forschung, sondern Teil eines Experimentalsystems. Dieses Experimentalsystem benötigte Narrative, weil man die Folgen der Operation zu erschließen suchte, indem man die physischen und psychischen Veränderungen, die sich nach dem Eingriff beobachten ließen, beschrieb und interpretierte. Die materiellen und die sprachlichen Praktiken der Wissensgewinnung hingen somit unmittelbar miteinander zusammen. Bevor sich in den 1960er und 1970er Jahren die Ansicht durchsetzte, die Wirksamkeit einer Therapie müsse experimentell nachgewiesen werden,⁴² zeichnete sich also die klinische Forschung in der Psychiatrie durch

41 Vgl. Hunter, *Doctor's Stories* [wie Anm. 3], S. 102f.

42 Viola Balz versteht »unter dieser Experimentalisierung klinischer Wissensbildung [...] die Anpassung der klinischen Beobachtung an die Vorgaben des kontrollierten klini-

eine Wissensproduktion aus, die auf schriftlich festgehaltenen Beobachtungen und Kommentaren beruhte. Wie in anderen Humanwissenschaften spielte deshalb das narrative Element auch in der Psychiatrie eine zentrale Rolle.⁴³

Viertens: Die Narrativität des produzierten Wissens ermöglichte Wissenschaftlichkeit, hing aber gleichzeitig mit der psychiatrischen Institution und deren Praktiken zusammen. Die publizierten wissenschaftlichen Erkenntnisse standen daher in enger Verbindung zu dem praktischen Wissen der Klinik und boten im Wesentlichen Interventionswissen, das der Herausbildung oder Verbesserung einer Praxis, etwa der Präzisierung einer Indikationsstellung, dienen sollte.⁴⁴ Darstellungsform, Pragmatik und epistemischer Charakter kasuistischer Schreibweisen bedingten sich also gegenseitig.

Medizinische Fallgeschichten lassen sich somit nicht einfach als Material induktiver Theoriebildung, als Vorstufe von generalisiertem Wissen verstehen.⁴⁵ Sie stellen ein Relais zur Transformation von Wissen dar und prägen deshalb die Ergebnisse kasuistischer Studien stark. Geschichten aus der Klinik erzählen also nicht nur Fälle aus der Klinik, sie resultieren auch aus der Klinik und wirken sich schließlich in Form von wissenschaftlichem, allgemein gültigem Wissen wieder auf die Klinik aus.

schen Versuchs, der sich durch folgende Merkmale auszeichnet: Randomisierung, Systematisierung der Versuchsanordnung, Anpassung aller zu erhebenden Merkmale an quantitativ operationalisierbare Einheiten und die Ausschaltung subjektiver Einflüsse auf das Versuchsergebnis. Subjektive Verzerrungen sollten vor allem durch ein doppelblindes Versuchsdesign minimiert werden.« Solche Bedingungen lassen sich in der Psychochirurgie nach wie vor nicht umsetzen. Viola Balz, »1953. Megaphen wird zur Wirkung gebracht. Die klinische Konstitution eines erfolgreichen Behandlungsfalles an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg«, in: Nicholas Eschenbruch/Viola Balz/Ulrike Klöppel/Marion Hulverscheidt (Hg.), *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*, Bielefeld 2009, S. 167–198, hier S. 190, Anm. 47.

⁴³ Siehe Höcker/Moser/Weber (Hg.), *Wissen. Erzählen* [wie Anm. 29].

⁴⁴ Cornelius Borck, *Hirnströme. Eine Kulturgeschichte der Elektroenzephalographie*, Göttingen 2005, S. 13, bezeichnet »Repräsentationen wissenschaftlichen Wissens« als »Zeugnisse und Produkte ihrer Entstehungskontexte«.

⁴⁵ Vgl. Johannes Süßmann, »Einleitung. Perspektiven der Fallstudienforschung«, in: Johannes Süßmann/Susanne Scholz/Gisela Engel (Hg.), *Fallstudien. Theorie – Geschichte – Methode*, Berlin 2007, S. 7–27, hier S. 24.

Quellenverzeichnis

Psychiatrische Klinik Rheinau, Krankenakten Nr. 9702, 9978.

Staatsarchiv Zürich (StAZH), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Z 100, Krankenakten Nr. 26210, 31861, 35507, 35514, 35665, 36852, 37287, 38483, 38693, 39288, 41809.